

INSUFFISANCE SURRÉNALIENNE AIGUE

Yassine ayoub ahlam fadwa mouataz

PLAN

Introduction et définitions

Rappelle Anatomo-physiologique

Approche diagnostique

Etiologies

Stratégie thérapeutique

Prevention

Conclusion

INTRODUCTION-DEFINITIONS

ISA est une grande urgence médicale au pronostic constamment mortel en l'absence de traitement urgent en réanimation

L'insuffisance surrénalienne chronique est une pathologie avec déficit hormonal, nécessitant une substitution à vie, assortie de règles d'hygiène de vie et une éducation bien conduite, mais l'ISA peut la compliquée à chaque moment

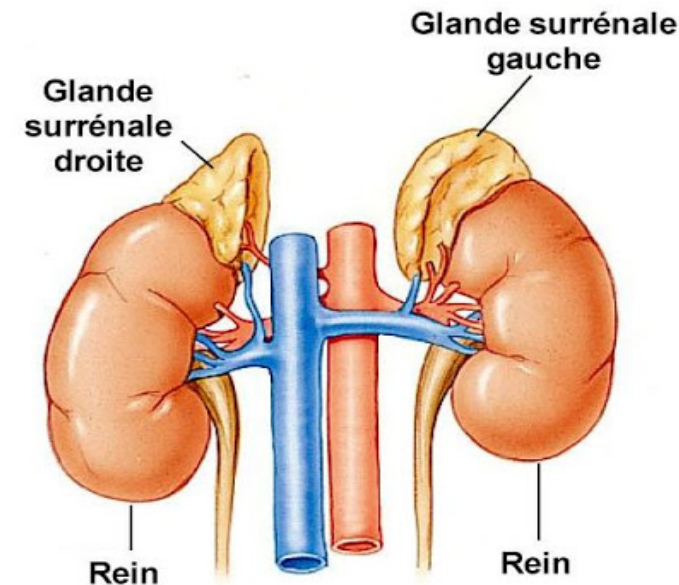
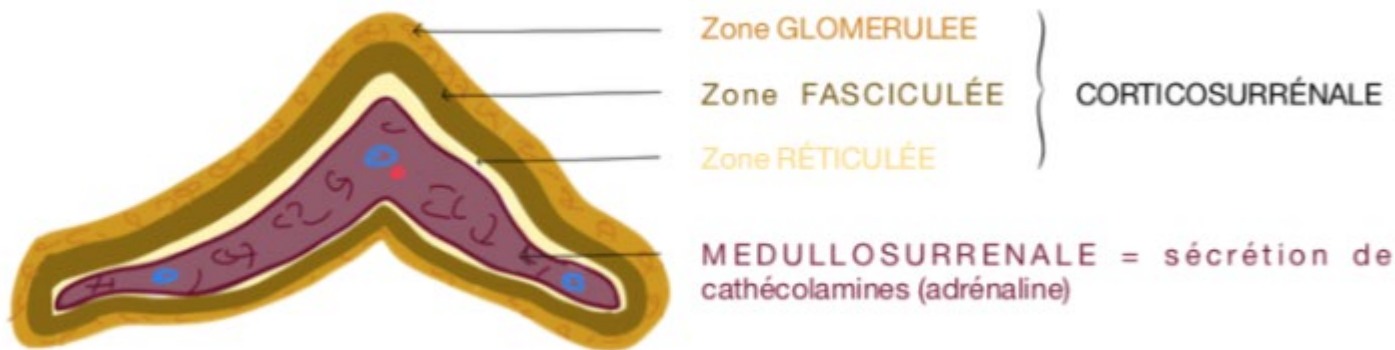
Malgré que la totalité de la cortico-surrénal est touché, la gravité de l'ISA est avant tout liée au déficit en cortisol

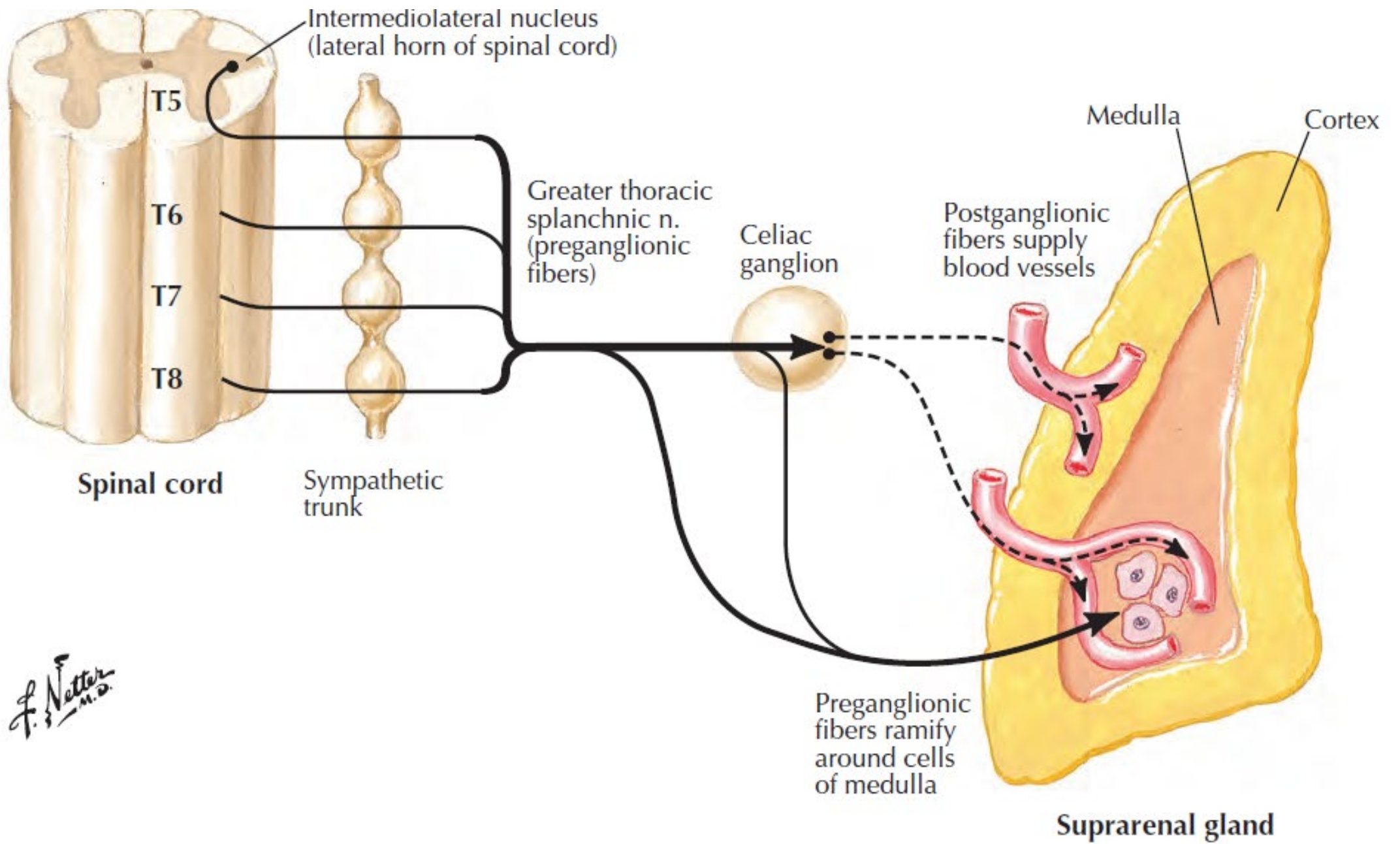
RAPPELLE ANATOMO-PHYSIOLOGIQUE

Les surrénales sont deux glandes endocrines situées à la partie supérieure des reins et séparées par la cloison inter-surrenalo-renale de forme pyramidale à droite et en virgule à gauche.

Leur vascularisation artérielle est assurée par 2 pédicules constants et un pédicule inconstant naissant de l'artère phrénique inférieure, aorte et artère rénale.

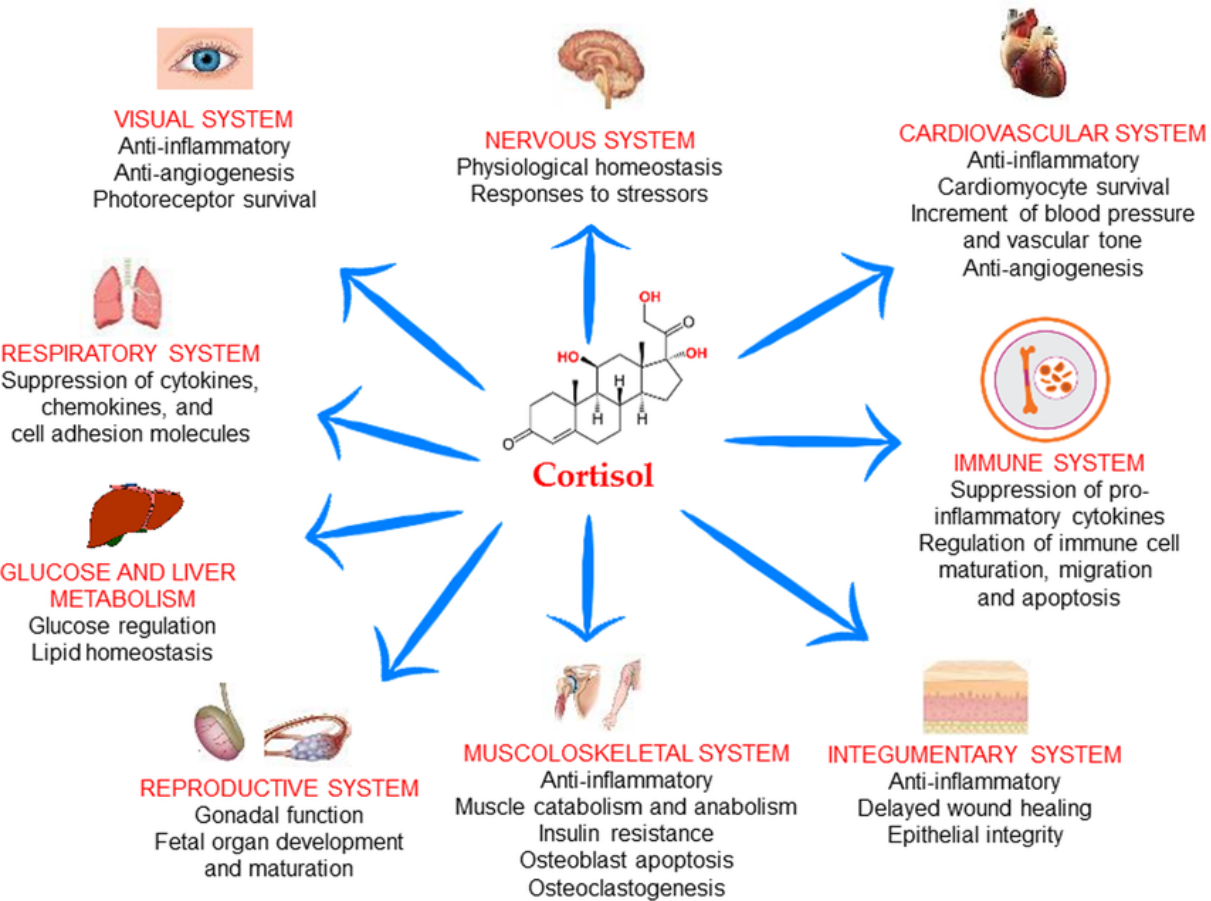
La glande est divisée en zone corticale et médullaire.





RAPPELLE ANATOMO-PHYSIOLOGIQUE

cortisol



➤ Régulation:

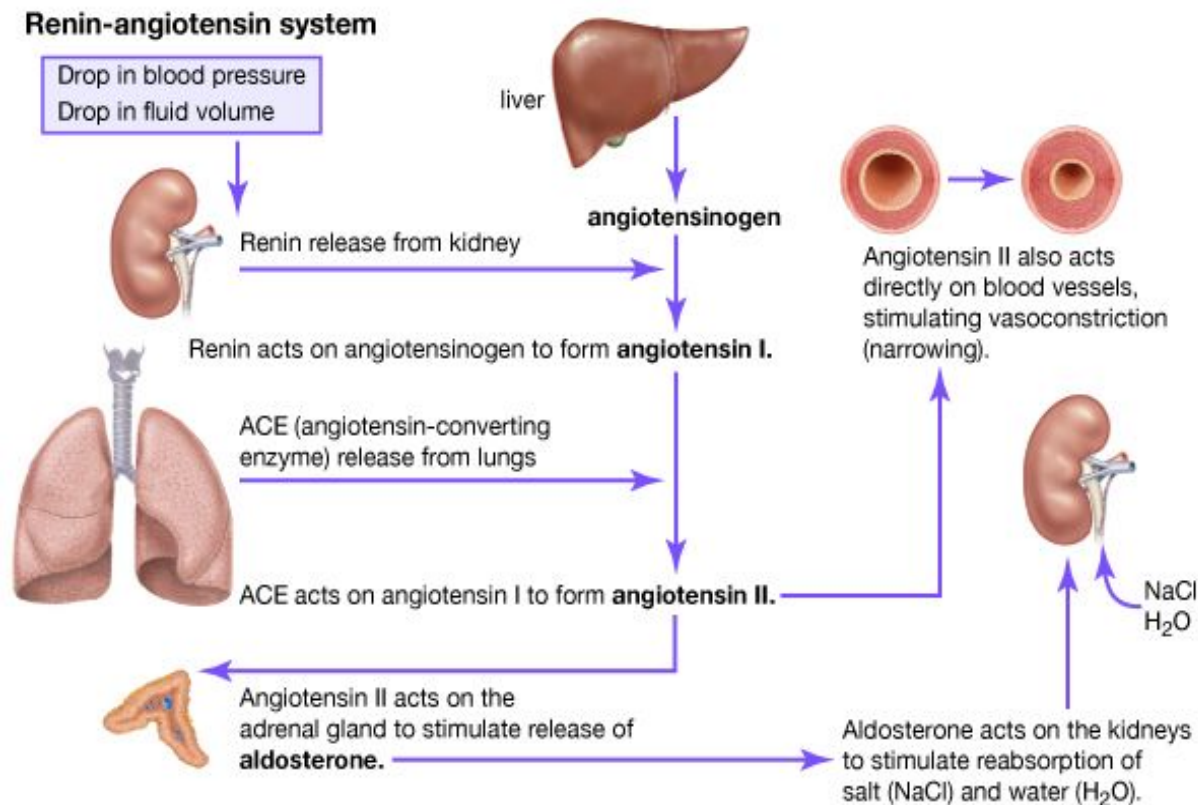
- ✓ Sous controle exclusive d'ACTH
- ✓ Stimuler par l'ACTH et inhiber par un retrocontrole negative par la cortisolemie
- ✓ La secretion se fait selon un rythme circadian avec un pic à 8h et nadir à Minuit

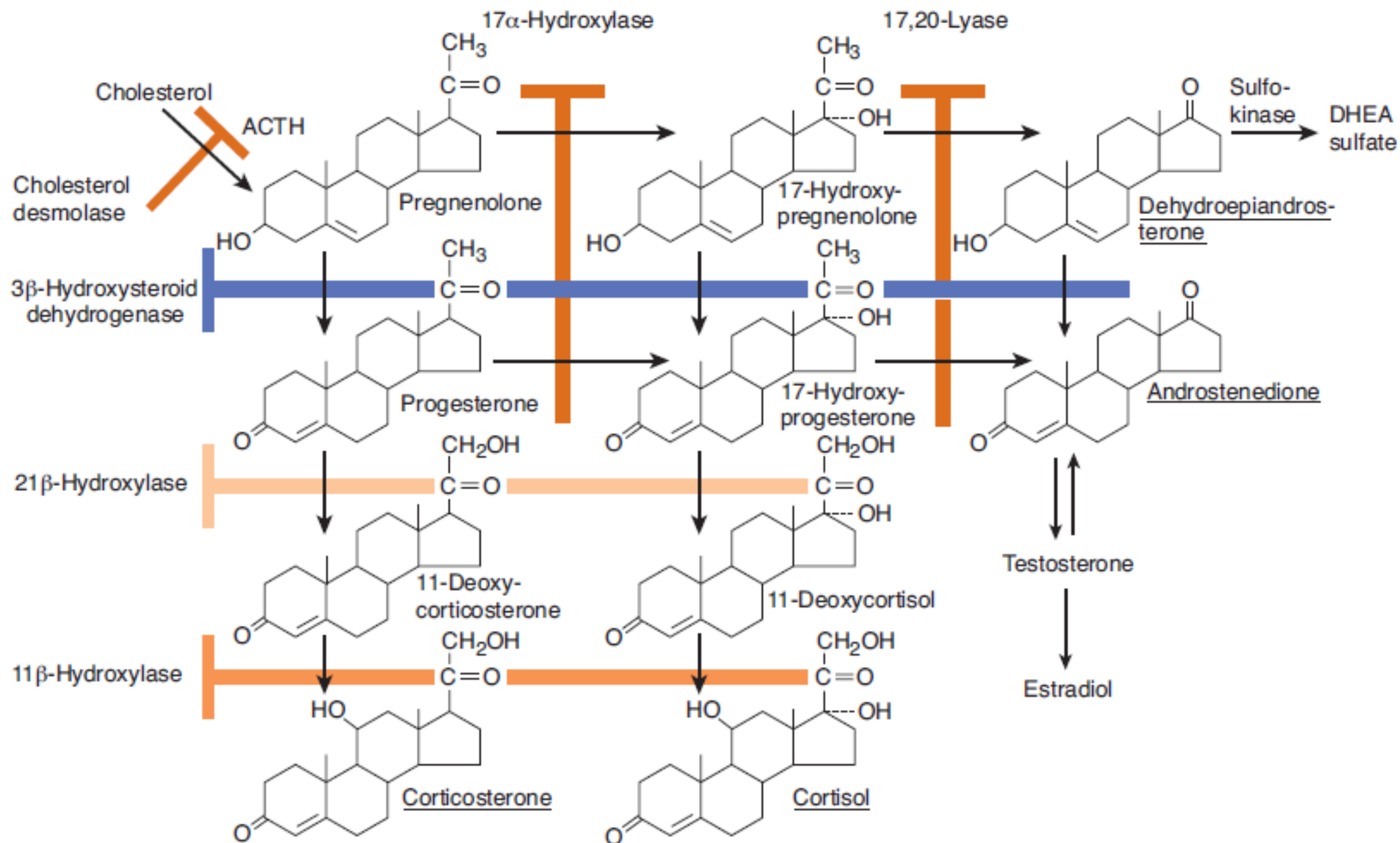
RAPPELLE ANATOMO-PHYSIOLOGIQUE

aldostérone

➤ Régulation

- ✓ Stimuler par le SRA
- ✓ L'ACTH a forte dose
- ✓ La kaliémie qui agit directement sur la zone glomérulée





A grayscale photograph of a doctor with curly hair and glasses, wearing a dark sweater, sitting and smiling while talking to an elderly female patient. The patient is seen from the side, wearing glasses and a light-colored top. They are in a clinical or office environment with a desk, a plant, and framed pictures in the background.

APPROCHE DIAGNOSTIQUE

Interrogatoire
Signes Clinique
Signes biologique

iStock

Credit: SrdjanPav

L'INTERROGATOIRE:

- Conduit avec le patient ou sa famille
- Traitement anti-cortisonique
- Prise prolongée de corticoïde avec arrêt brutal
- Patient connue ISC avec la recherche de facteur déclenchant (arrêt du ttt, effort physique majeur, infection, trauma ou chirurgie, perte excessive du sodium par régime désodé, vomissement diarrhée ou diurétique)
- Notion de douleur abdominal inaugural

SIGNES CLINIQUES

Signes généraux :

Asthénie physique psychique et sexuelle

Amaigrissement

anorexie

- Hypotension artérielle et hypotension orthostatique
- Signe d'hypoglycémie

- Troubles génitaux:

Homme baisse libido impuissance

Femme aménorrhée

- Signes dermatologiques :

Mélanodermie si primitive; ↑pro-opiomélanocortine

ACTH avec MSH

Dépigmentation si secondaire ;

- Syndrome confusionnel voir coma

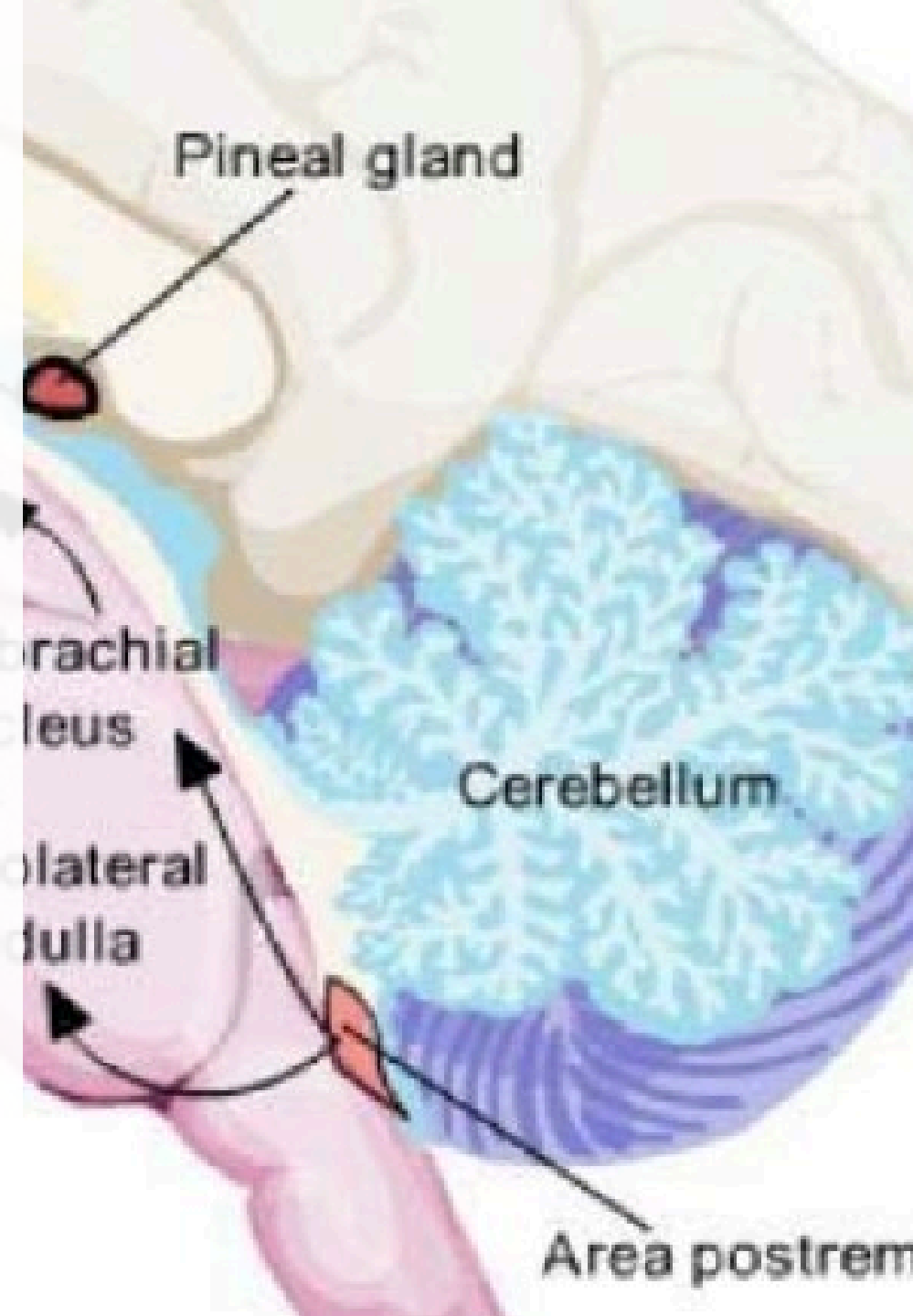


SIGNE DIGÉSTIFS

Nausées **Zone Chemoreceptor Trigger Zone**

douleur abdominales

trouble de transit



SIGNES BIOLOGIQUES

NE DOIVENT PAS RETARDER LA PEC

Conséquence du déficit hormonal: signes d'orientation

Ionogramme : hypernatrurie. ; hyponatrémie, hyperkaliémie, hypercalcémie

Leur apparition annonce la décompensation aiguë.

Tendance à l'hypoglycémie à jeun

NFS : éosinophilie caractéristique.

DIAGNOSTIC DE CERTITUDE = EXPLORATION HORMONALE+++

Dosages statiques :

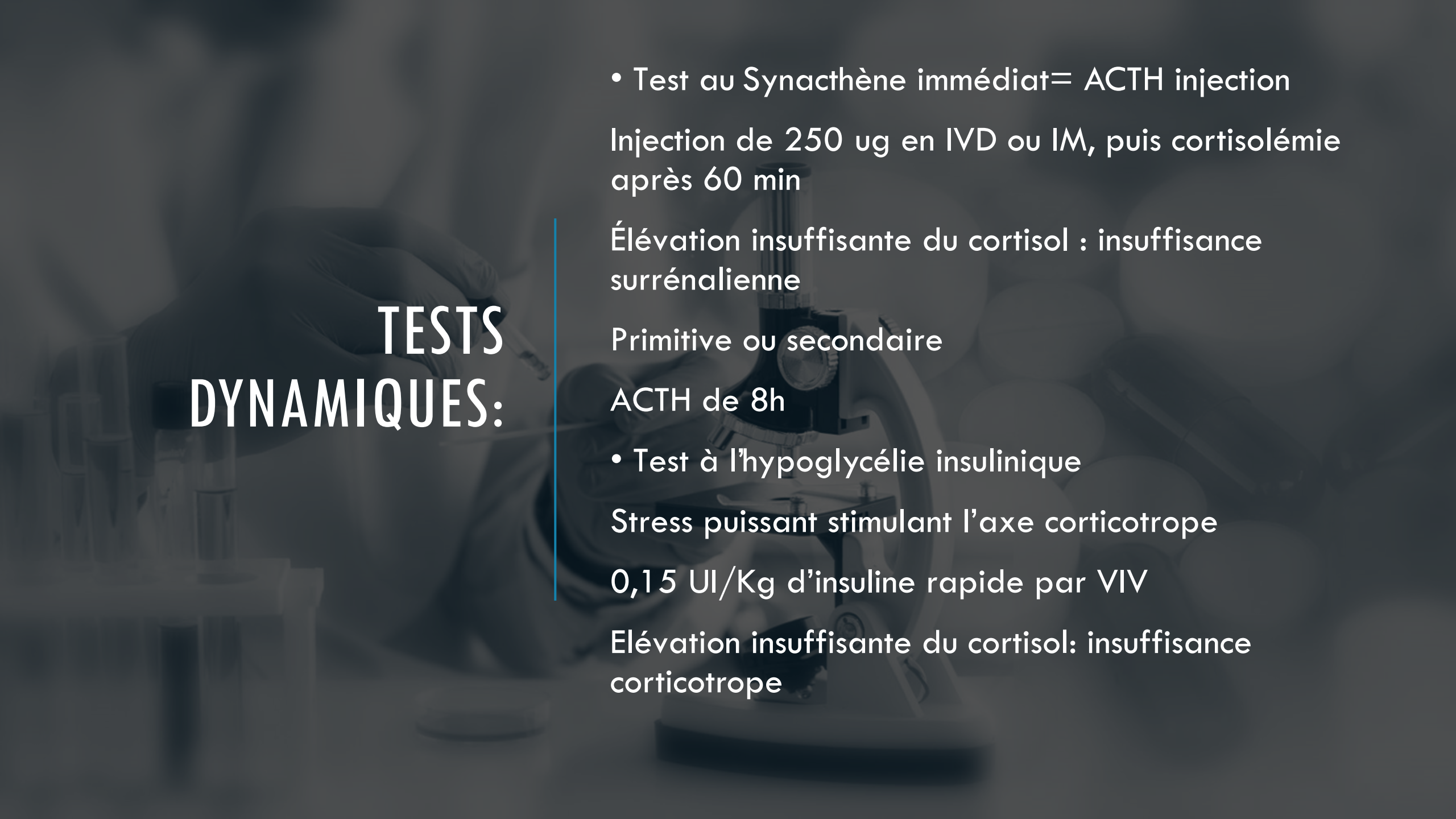
cortisol plasmatique :à 8 h

<50 ng /ml :IS confirmée

>180 ng/ml : IS éliminée

50<cortisol<180 :test dynamique





TESTS DYNAMIQUES:

- Test au Synacthène immédiat= ACTH injection

Injection de 250 ug en IVD ou IM, puis cortisolémie après 60 min

Élévation insuffisante du cortisol : insuffisance surrénalienne

Primitive ou secondaire

ACTH de 8h

- Test à l'hypoglycémie insulinique

Stress puissant stimulant l'axe corticotrope

0,15 UI/Kg d'insuline rapide par VIV

Élévation insuffisante du cortisol: insuffisance corticotrope

ETIOLOGIES

1. Périphériques:

- ✓ **Décompensation d'une insuffisance surrénalienne chronique (ISC)** : souvent suite à un stress (infection, chirurgie...) sans adaptation du traitement substitutif.
- ✓ **Lésions bilatérales des deux surrénales** : par exemple, hémorragie, métastases, infections (tuberculose,,,))
- ✓ **Bloc enzymatique** : anomalies congénitales de la stéroïdogénèse (ex : hyperplasie congénitale des surrénales).
- ✓ **Traitement anti-cortisonique** : inhibition médicamenteuse de la synthèse ou action du cortisol (ex : kétoconazole, mitotane...).

2. Centraux:

- ✓ **Corticothérapie au long cours** : inhibition de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien par rétrocontrôle négatif → atrophie surrénalienne.
- ✓ **Apoplexie hypophysaire** : nécrose/hémorragie brutale de l'hypophyse → déficit aigu en ACTH → baisse brutale de la sécrétion de cortisol.



STRATÉGIE THÉRAPEUTIQUE

- Hospitalisation en USI
- Mise en condition: VVP, SV, SNG si vomissement monitoring des fonctions vitales, ECG

I. Réhydratation:

- ✓ La 1^{er} 1/2 heure: 1L du SG% + NaCl(4 à 6g/l) **sans KCl !!!!**
- ✓ Après 500cc de SSI/3H et 500cc SG5% /3H (4 à 6 L la première 24h) avec NaCl en fonction de la natrémie

II. Hormonothérapie:

- ✓ Immédiatement 100mg de HSHC en IV
- ✓ Puis 100mg/6h avec dégression progressive jusqu'à passage à la voie orale au bout du 3-4j
- ✓ Le traitement par fludrocortisone est inutile et dangereux

STRATÉGIE THÉRAPEUTIQUE

- Hospitalisation en USI
- Mise en condition: VVP, SV, SNG si vomissement monitoring des fonctions vitales, ECG

I. Réhydratation:

Administrer du sérum salé isotonique (NaCl 0,9%) : 4 à 5 L sur les premières 24 heures (1 à 2 L la première heure).

Pas de supplémentation en potassium au début.

Ajouter du glucose isotonique à 5% (1 L) les premières 24 heures si risque d'hypoglycémie.

I. Hormonothérapie:

- ✓ Immédiatement 100mg de HSHC en IV
- ✓ Puis 100mg/6h avec dégression progressive jusqu'à passage à la voie orale au bout du 3-4j
- ✓ Le traitement par fludrocortisone est inutile et dangereux

STRATÉGIE THÉRAPEUTIQUE

III. Traitement du facteur déclenchant:

- ✓ ATB si infection
- ✓ Traitement spécifique du traumatisme
- ✓ Anti émétique, anti diarrhéique

IV. Surveillance:

- ✓ Clinique, TA, diurèse, glycémie
- ✓ Ionogramme chaque 4h !!!
- ✓ Surveillance ECG jusqu'à la normalisation de la kaliémie
- ✓ Reprendre la fludrocortisone dès que la dose d'hydrocortisone $< 50\text{mg/j}$

PREVENTION

- ✓ Expliquer au patient que le traitement est à vie
- ✓ Doubler la dose en cas de fatigue anormale , stress, fièvre , infection
- ✓ **Hydrocortisone parentérale** : à administrer en cas de : Intervention chirurgicale , Accouchement, Maladie sévère
- ✓ Pas de régime sans sel pas de diurétiques ni de laxatif, pas de jeûne
- ✓ Être muni HSHC injectable au cas de trouble digestif ou suspension d'alimentation avec consultation en urgence
- ✓ En cas de prodrome → injection de 100mg en IM puis consultation en urgence
- ✓ Carte insuffisance surrénalienne. Addisonienne

CONCLUSION

- ✓ Urgence thérapeutique:
- ✓ Une ISA suspectée est une ISA diagnostiquée
- ✓ L'éducation du patient est indispensable à la prise en charge

MERCI

Avez-vous des questions ?

